

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André-Louis-Georges LEPELLETIER

Médecin Aide-major de 1^{re} classe de Réserve,
Ancien Chef du Service des Fractures au 3^e Secteur Chirurgical de la X^e Région.
Né le 6 Septembre 1891 à Versailles.

TRAITEMENT IMPROVISÉ
MAIS DURABLE DES
FRACTURES DIAPHYSAIRES
DANS
LA MÉDECINE DES CAMPAGNES

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N^o 84

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André-Louis-Georges LEPELLETIER

Médecin Aide-major de 1^{re} classe de Réserve,
Ancien Chef du Service des Fractures au 3^e Secteur Chirurgical de la X^e Région.
Né le 6 Septembre 1891 à Versailles.

TRAITEMENT IMPROVISÉ

MAIS DURABLE DES

FRACTURES DIAPHYSAIRES

DANS

LA MÉDECINE DES CAMPAGNES



Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	{ ACHARD
	{ WIDAL
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
Clinique chirurgicale.	{ DELBET
	{ LEJARS
	{ HARTMANN
	{ GOSSET
Clinique ophthalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	{ BAR
	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique oto-rhino laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL

Agrévés en exercice

MM.	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBOLLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNE-LAVASTINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR DESMOULINS

Chirurgien des Hôpitaux et de l'Hôpital Boucicaut.

Mon vieux Maître aimé.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.
Chirurgien de la Salpêtrière.

En 1918, évacué du front que je n'avais pas quitté depuis 1914 et au cours d'une convalescence de 6 mois, je fus vivement prié par la Direction du Service de Santé de la X^e Région, de créer un Centre de Fractures de 200 lits à l'Hôpital temporaire 119 de Saint-Lô. Ce centre atteignit sa pleine activité en Août 1918. Par ce moyen, je fus à même de perfectionner et d'achever la mise au point de plusieurs techniques inventées par moi en 1912-1913, lors de mon Externat à l'Hôpital Boucicaut dans le service de mon vieux Maître aimé, M. le Docteur Desmoulins. La longueur de mon stage régimentaire au front me permit également de terminer la mise au point de techniques de guerre appliquées en 1915-16-17-18 par moi dans les tranchées, alors que j'étais Médecin auxiliaire d'infanterie, puis Aide-Major d'Artillerie.

Mon vieux Maître, M. le Docteur Desmoulins, comptait, au lendemain de la guerre, présenter à ses collègues les résultats acquis par notre commune collaboration et par mes travaux dans un travail d'ensemble. Nous l'avions au surplus commencé, mais la guerre s'éternisa, le Maître aimé s'éteignit, et notre projet de publication fut en détresse.

Ce travail avait pour but la vulgarisation de techni-

ques simples intéressant le traitement des fractures diaphysaires. Elle s'adressait surtout au Médecin de Campagne, c'est-à-dire à celui dont la tâche se trouve être la plus ardue par le fait même des obstacles auxquels il est perpétuellement en but.

Pour diverses raisons, j'ai depuis 1920 complètement abandonné l'intention de publier ces travaux, dont je me bornerai à extraire quelques techniques et conclusions à l'usage de la présente thèse.

2 Février 1922

TRAITEMENT IMPROVISÉ, MAIS DURABLE DES FRACTURES DIAPHYSAIRES DANS LA MÉDECINE DES CAMPAGNES.

Lors du Congrès de Chirurgie qui suivit la Grande guerre, la question des fractures fut à l'ordre du jour. Qui ne s'était d'ailleurs pas occupé de ce genre de blessures au cours de la grande tourmente? Aussi les inventeurs furent légion. La question fut-elle bien mise au point, je ne voudrais en juger, mais je me souviens de l'émoi que provoqua chez moi une simple visite au Hall de la Faculté de Médecine où tous les appareils étaient exposés.

De même que beaucoup de Médecins venus à Paris à ce moment, j'eus une sensation d'effarement devant le nombre, le manque de simplicité, la difficulté de construction et d'application des innombrables appareils exposés. Certains appareillages ne comportaient pas moins de 15 renvois à triple poulies; d'autres, dits « appareils simples », comportaient des nuées de vis, d'écrous et de pièces accessoires!!!...

Est-ce là un matériel pratique? se demanda le Médecin de Campagne venu pour s'instruire... et il s'en fut, songeant que les appareils d'Hennequin, heureusement, avaient encore du bon!

Conditions pour qu'un appareillage deviennent réellement pratique.

1° *L'appareil doit être simple et facilement réalisable partout.*

2° *Il doit être solide et peu sujet à une surveillance constante.*

3° *Il doit autant que possible créer la contre-extension automatique.*

4° *Il doit agir efficacement.*

Matériel pour la réduction.

Outre la réduction classique aux poids et la traction au caoutchouc, le Médecin trouvera un auxiliaire précieux dans notre « *Fil réducteur* » qui n'est autre qu'un faisceau de fils métalliques accouplés que l'opérateur raccourcit à sa guise par « *pédiculisation* » ou par torsion en « *corde de scie* ». Le praticien trouvera plus loin deux tableaux qui lui donneront tous renseignements pour l'emploi d'un « fil métallique étalon », mais outre ce fil de cuivre, des linges tordus ou de la ficelle, etc., le mettront, à défaut de fil métallique, en possession d'un moyen de réduction puissant et simple. Une pesée facile, antérieure à l'application réductrice, au moyen d'un seau d'eau dont le volume sera dosé en litres lui permettra de se rendre rapidement compte des efforts développés, donc d'appliquer efficacement son effort réducteur.

MOYENNE PRATIQUE DU NOMBRE DE TOURS NÉCESSAIRES PAR TORSION POUR EFFECTUER DES PRESSIONS DE :

Longueur du fil.	Nombre de tours de fil accouplés.	5 tours. — 1 kg. 500	7 tours. — 2 kgs. 500	9 tours. — 2 kgs. 500	11 tours. — Rupture.	10 tours. — 7 kgs.	11 tours. — 8 kgs.	12 tours. — 9 kgs.	14 tours. — Rupture.	Chargé de rupture.
0 m. 20	3 tours. — 4 kg.	5 tours. — 1 kg. 500	7 tours. — 2 kgs.	9 tours. — 2 kgs. 500	11 tours. — Rupture.					3 kgs.
0 m. 20	3 tours. — 5 kgs.	5 tours. — 3 kgs. 500	6 tours. — 4 kgs.	7 tours. — 4 kgs. 500	8 tours. — 5 kgs.					10 kgs.
0 m. 20	3 tours. — 10 kgs.	4 tours. — 11 kgs.	5 tours. — 12 kgs. 500	6 tours. — Rupture.						13 kgs.
0 m. 20	3 tours. — 12 kgs. 500	4 tours. — 13 kgs. 500	5 tours. — 15 kgs.	6 tours. — 16 kgs.	7 tours. — 18 kgs.					20 kgs.
0 m. 20	3 tours. — 19 kgs.	4 tours. — 21 kgs.	5 tours. — 23 kgs.	6 tours. — 25 kgs.	7 tours. — 27 kgs.					29 kgs.
0 m. 20	3 tours. — 28 kgs.	4 tours. — 31 kgs.	5 tours. — 34 kgs.	6 tours. — 37 kgs.	7 tours. — 40 kgs.					44 kgs.

Fil téléphonique à 3 brins cuivre.

Fil unité.

TABLEAU DES ZONES DE SÉCURITÉ PRATIQUE
(Pour éviter les ruptures ou les pressions trop brutales.)

Nombre de fils accouplés.	Longueur du fil	Nombre de tours à ne pas dépasser.	Pression minima	Pression maxima	Marge de sécurité
Fil simple.	0 m. 20	3 à 7 tours.	1 kg. — 3 tours.	2 kgs. — 7 tours.	1 kg.
Fil doublé.	0 m. 20	3 à 11 tours.	3 kgs. — 3 tours.	8 kgs. — 11 tours.	2 kgs.
Fil triplé. (Combinaison de mauvais rendement.)	0 m. 20	3 à 5 tours.	10 kgs. — 3 tours.	12 kgs. 500 — 5 tours.	0 kg. 500
Fil quadruplé	0 m. 20	3 à 7 tours.	12 kgs. 500 — 3 tours.	18 kgs. — 7 tours.	2 kgs.
Fil quintuplé	0 m. 20	3 à 7 tours.	19 kgs. — 3 tours.	27 kgs. — 7 tours.	2 kgs.
Fil sextuplé	0 m. 20	3 à 7 tours.	28 kgs. — 3 tours.	40 kgs. — 7 tours.	4 kgs.

FRACTURES DE L'HUMERUS

(Abstraction faite des appareils plâtrés).

(Effort moyen de réduction à pratiquer
d'emblée = 6 kgr.).

La réduction rapide s'impose en général. Plus elle sera précoce, plus la tâche sera facilitée. Au début, elle est, au surplus, infiniment moins douloureuse qu'après plusieurs heures et ce point mérite d'être signalé.

Pour réduire, deux procédés sont à notre disposition en plus de celui d'Hennequin. Nous allons les décrire rapidement tous trois.

A) Procédé d'Hennequin.

Un balai étant fixé la tête en haut contre le dossier d'un siège, un lien chevauchant la tête de ce balai immobilise simultanément le creux axillaire du sujet assis sur la chaise. Un poids fixé au pli du coude mis en flexion à 90° assure la réduction. L'immobilisation en appareil plâtré suivra ce stade opératoire. Telle est la technique; mais à ce sujet, nous nous permettons de

donner, d'une façon générale, le conseil suivant : Pour mesurer avec soin les efforts de traction, ce qui est indispensable, il est de bonne technique *d'utiliser un simple seau d'eau dans lequel on verse le nombre désirable de litres d'eau*. Par ce procédé où la marge d'erreur est juste limitée par le poids propre du seau lui-même, le médecin se trouve à même de varier ses poids avec la plus grande facilité. Un seau, un litre vide et de l'eau, cela, il le trouvera partout. Cette façon d'opérer est donc de bonne pratique.

Quant à l'effort réducteur — et cela dit en général — *il y a intérêt à ce qu'il soit puissant d'emblée*, quitte à diminuer plus tard l'effort en se guidant sur les signes de douleur et de compression qui pourraient en résulter.

B) Procédé personnel par l'appareil de type « Champagne ».

(Réduction et appareillage simultanés).

La figure 1 représente notre appareillage improvisé de bras type *Champagne*. Ils se compose d'une fourche d'arbre et d'un bâtonnet transversal fixé sur son manche par une ligature métallique souple. Cet appareil est bilatéral.

La fourche préalablement rembourrée est introduite dans le creux de l'aisselle à la manière d'un béquillon, le manche de la fourche restant parallèle à la face interne du bras. Le membre étant maintenu en flexion à 90° par une écharpe, le bâtonnet transversal, préala-

blement rembourré, est placé transversalement à l'avant-bras de façon à ce que son extrémité extérieure cabre en haut et en dehors. La ligature métallique souple qui relie le bâtonnet à la fourche est alors fortement serrée dans cette position. Un fil réducteur, ainsi



Fig. 4.

que le représente la figure, relie alors les deux extrémités du bâtonnet d'une part et du manche de la fourche d'autre part en passant extérieurement au membre. Le raccourcissement par torsion de ce fil en tendant à la fermeture des deux branches du compas formé a pour effet : de repousser le béquillon vers le creux de l'aisselle en s'appuyant sur le pivot formé par l'avant-bras, puis ce mouvement arrêté par la résistance qu'oppose cette région, cette résistance oblige alors en un second temps l'avant-bras à descendre et les muscles

du bras, de ce fait, à l'élongation. La contre-extension est donc bien automatique.

Le procédé d'appareillage que nous venons de décrire a donné une satisfaction si complète que nous avons conservé, dans le Centre organisé d'arrière où nous avons traité, le principe intégral de cet appareillage, sans modification autre que le remplacement du fil métallique réducteur par un brin de caoutchouc afin de rendre la réduction ambulatoire plus douce et plus souple.

C) Procédé personnel dit « à la Pédale ».

Notre second procédé de réduction-contention dit « à la pédale » consiste à laisser le manche de la fourche suffisamment long pour que, le sujet étant assis sur le sol, le manche de la fourche formant béquillon vienne, par son extrémité, s'appuyer à terre, réalisant de ce fait la contre-extension.

Le membre étant maintenu à 90° au moyen d'une écharpe, une cravate ceinturant en 8 de chiffre le pli du coude est alors placée et reçoit par son brin tracteur, l'extrémité d'un solide gourdin de 1 m. 50 de long environ, dont l'autre extrémité repose sur le sol. Il est constitué de ce fait une pédale analogue à celle d'une machine à coudre. La pression du pied de l'opérateur sur le gourdin assure la réduction tandis que, de ses deux mains entièrement libres, il peut placer le bâtonnet transversal et le bloquer en position au moyen d'un fil réducteur, lorsque la réduction a été obtenue. L'opé-

ration terminée, la cravate d'extension est supprimée et le manche de la fourche en excédent est alors rogné à la longueur nécessaire. Ce deuxième procédé moins élégant que notre autre façon de faire est quelque peu plus long.

Le béquillon peut être remplacé par une simple planche. L'appareil plâtré est, dans ce cas, très facilement posable, les mains de l'opérateur étant libres.

FRACTURES DE L'AVANT-BRAS

(Abstraction faite des appareils plâtrés).

(Effort moyen de réduction à pratiquer
d'emblée = 4 kgr.).

En présence d'une fracture de l'avant-bras, intéressant les diaphyses du radius ou du cubitus ou de tous deux, l'appareillage, à part quelques rares exceptions,

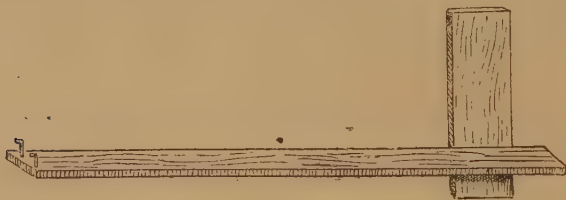


Fig. 2.

doit s'effectuer en *supination*, qui seule peut maintenir l'écart suffisant entre les deux diaphyses et éviter, de ce fait, une symphyse.

Un appareillage simple consiste à clouer, ainsi que le représente notre figure 2, deux bouts de planches l'un sur l'autre et à fixer deux clous à l'extrémité de la planche la plus longue.

Dans cet appareil, dit type « *Champagne 1916* », l'avant-bras repose sur la planche en supination. La

planche support doit être beaucoup plus longue que l'avant-bras, de façon à permettre le jeu des « fils réducteurs ». La planche latérale se fixe sur le bras par quelques circulaires et assure la contre-extension. Cet appareil est bilatéral.

La prise de réduction se fera « *au bâtonnet* ». Elle s'applique à volonté, après botte ouatée du carpe, à la



Fig. 3.

face dorsale ou ventrale de la main suivant que l'appareil employé est le nôtre ou celui de Van de Velde de la nomenclature du Service de Santé.

La figure 3 représente schématiquement la prise de réduction dite « *au bâtonnet* » sur un appareil Van de Velde vu par en dessous. La torsion variable des deux fils réducteurs permet les hyperflexions radiales ou cubitales avec *de gros bras de levier*, ceux-ci étant fonction de la longueur du « bâtonnet » employé. Une torsion égale amènerait l'élongation simple. Quelques tampons d'ouate interposés entre la planche et la main permettent l'hyperextension et un matelas ouaté sous l'avant-bras permettra l'hyperflexion.

FRACTURES DU FÉMUR

(Abstraction faite des appareils plâtrés)

(Effort moyen de réduction à faire d'emblée = 12 kgr.).

A) Prise de réduction.

Elle peut se faire par la cravate de Hennequin ou par notre procédé.

B) Procédé personnel pour prise de réduction supra-condylienne.

Un manchon ouaté ayant été constitué autour du genou, on charge toute la partie supérieure de ce manchon avec une écharpe ainsi que le fait l'aide-chirur-gien lorsqu'au cours d'une amputation il recline les masses musculaires au moyen d'une compresse à deux chefs pour permettre une section osseuse haute, par rapport au lambeau. Les deux brins de l'écharpe, entrecroisés inférieurement au genou, viennent se nouer en anse à la face antérieure de la jambe, ainsi que dans le procédé de Hennequin. Ce dispositif ne glisse jamais, ne donne pas naissance à des phénomènes de compres-

sion par suite de la répartition plus grande des points de contact et adhère d'autant plus fort que la pression augmente. Nous le préférons personnellement à la cravate classique de Hennequin.

Hamacs fixateurs.

Ils consistent en des dispositifs particuliers d'enroulement des boucles de fixation, dispositifs ayant pour but l'inclusion et la fixation parfaite des attelles et du membre tout entier.

Exemple : Partant d'une attelle latérale, la bande rejoint l'attelle opposée inférieurement au membre; puis, ayant contourné cette attelle, la bande se réfléchit par dessus le membre qu'elle ceinture en entier d'un tour spirale complet avant de revenir à l'attelle de départ où se réamorçait un nouveau cycle. Ce procédé (numéro 2) a l'avantage, outre la fixation et la rigidité qu'il provoque, de combattre les rotations vicieuses en agissant à la manière d'un frein à tambour, le ruban de frein étant constitué par le plat des bandes et le tambour par le membre lui-même. De nombreuses variantes de ce procédé, suivant les cas, sont à la disposition de l'opérateur.

1° APPAREIL IMPROVISÉ DE CUISSÉ TYPE « CHAMPAGNE ».

A) Appareil improvisé en branches d'arbres.

Cet appareil est bilatéral. Il se compose de deux fourches d'arbre, dont l'une est plus longue que l'autre de

15 centimètres environ. Une des fourches est fermée en triangle par une petite branchette dont les extrémités,

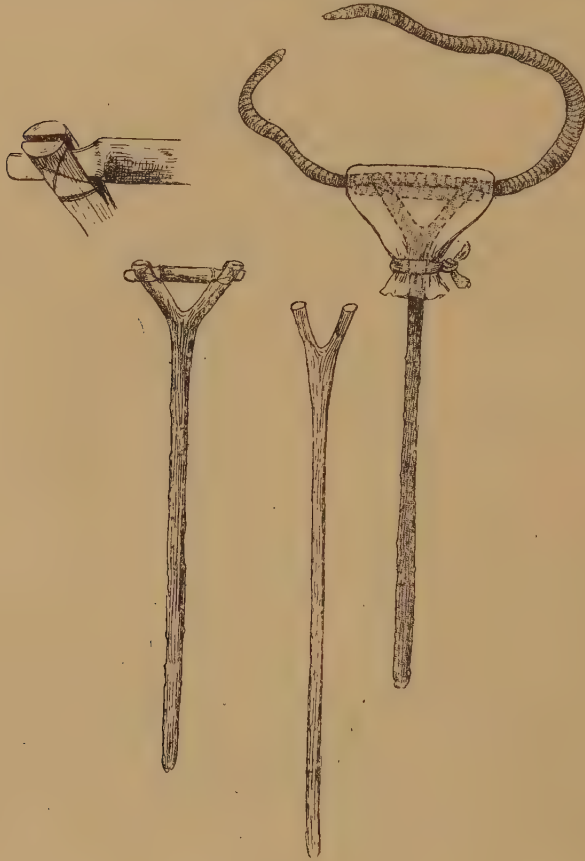


Fig. 4.

taillées en sifflet, sont implantées dans les deux extrémités de la fourche, refendues à cette intention. Une ligature maintient ce dispositif.

Une sangle souple faite de bandes tordues ou de tout

autre lieu capitonné soigneusement, coiffe la tête de l'attelle confectionnée avec la branche fourchue terminée triangulairement et fait corps avec elle.

Cette tête d'attelle est destinée à l'appui ischio-pubien, tandis que la sangle souple ceinturant la racine du membre vient se nouer dans le pli de l'aîne.

Au niveau du grand trochanter, la deuxième fourche

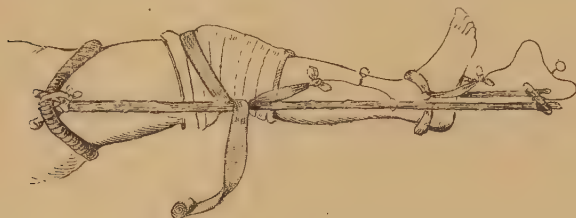


Fig. 5.

charge la sangle et lui est fixée par une ligature. Ce temps effectué, si l'on repousse vers le haut l'attelle extérieure, la tête de l'attelle intérieure est appliquée au contact de la branche ischio-pubienne; la sangle souple accroche en arrière la tubérosité de l'ischion, tandis que l'attelle externe est appliquée, par son plat, dans la région trochantérienne et sus-trochantérienne. Pendant qu'un aide maintient l'appareil en cette position, un bâtonnet transversal est fixé à la partie inférieure de l'appareil à la façon d'une entretoise au delà du pied par deux ligatures bien serrées. Puis, deux fils réducteurs sont tendus de la prise de réduction au-dessus du genou aux attelles latérales (prise principale). Un fil réducteur à action secondaire, à prise sur le pied, met la jambe en tension douce.

Quelques tours de bandes « hamac fixateur » et circulaires ordinaires achèvent la fixation définitive et indéformable du tout. (A ce sujet, il est bon de constituer par jet alternatif de bandes d'attelle à attelle, sous le

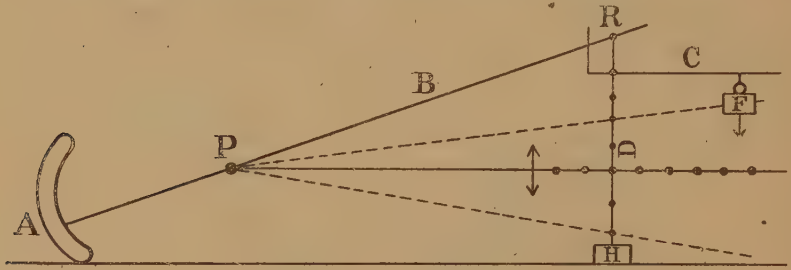


Fig. 6. — Appareil ambulancier.

En pointillé les positions possibles pour la flexion du genou.

genou, un hamac suspenseur fixant le genou légèrement au-dessus de l'appareil, afin d'obtenir une très légère

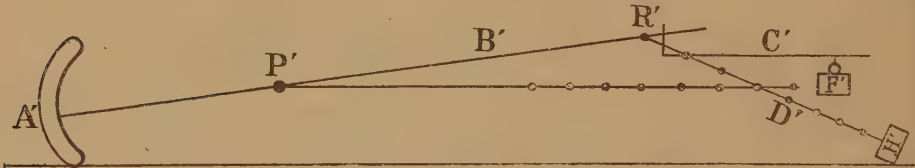


Fig. 7. — Appareil ambulancier en position d'extension.

A-A', anneau pelvien; B-B', attelle; C-C', levier de traction; D-D', support terminal; E-E', attelle de soutien de jambe; F-F', poids; H-H', semelle; P-P', pivot du genou; R-R', pivot du support.

flexion du membre, acte entraînant la possibilité d'une meilleure prise de réduction condylienne).

Cet appareillage, très pratique dans l'urgence ou sur le champ de bataille, nous a donné moins de satisfaction comme appareil traitant et nous lui préférons, dans la pratique civile, notre appareil ambulancier.

C'est dans le seul cas de fractures de cuisse qu'à notre avis, le médecin de campagne aurait intérêt à recourir à un appareillage plus moderne et moins primitif que ceux indiqués précédemment. Il pourrait facilement en posséder un dans son arsenal au même titre qu'un forceps et combien de satisfaction n'en tirerait-il pas.

Les figures 6 et 7 représentent le schéma de notre appareil ambulancier.

2^o APPAREIL AMBULANCIER DE CUISSE
THOMAS-LEPELLETIER.

Il est constitué par une modification de l'attelle de Thomas.

A l'extrémité de l'attelle se trouve fixé un support articulé formé de deux tiges fixées elles-mêmes sur une semelle en bois. Deux tiges latérales, pivotant sur l'attelle elle-même au niveau du genou, réunissent l'attelle au support terminal. Ce support comporte enfin un levier coudé dont le petit bras assurera la traction extensive et dont le grand bras recevra l'effort réducteur modifiable par simple déplacement du poids au long de ce bras.

La bilatéralité de cet appareil est obtenue par simple retournement du support et de l'attelle de jambe qu'il suffit de faire passer supérieurement ou inférieurement au corps de l'attelle de Thomas elle-même. Le levier de traction, fixé sur un axe-broche, se retourne aussi dans ce but.

Cet appareillage permet le pansement des plaies et le traitement en toutes positions. Il se prête, au surplus, à la flexion variable du genou en cours de traitement et, par le moyen de l'anneau pelvien que l'on peut très commodément empoigner pour soulever le blessé, facilite grandement les soins de propreté.

FRACTURES DE JAMBES

(Abstraction faite de l'appareil plâtré).

(Effort moyen de réduction à faire d'emblée = 8 kgr.).



Dans le cas où la fracture n'intéresse pas les plateaux tibiaux, et s'il y a déplacement de fragments pour les deux diaphyses, nous recommandons notre appareil

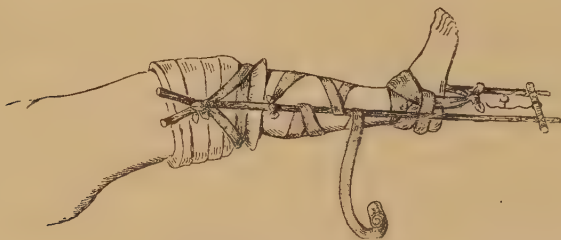


Fig. 8.

improvisé de jambe type « *Champagne 1916* » que représente la figure 8.

L'appareil est constitué par deux petites fourches qui s'appliquent contre les plateaux tibiaux par l'intermédiaire d'un manchon ouaté. Ces deux fourches sont fixées en place par une bande qui, attachée à une branche de la fourche, va ceinturer une ou deux fois le

membre, puis revient se fixer à l'autre branche de la fourche.

De même pour les deux attelles de part et d'autre du membre. Une pression de bas en haut sur les attelles dans l'axe du membre, ainsi que le fera le fil réducteur, aura pour effet d'appliquer les fourches par leur plat contre le genou en même temps que se réalisera la mise en tension de leur système d'attache supérieur, et, par suite, la contre-extension. Un bâtonnet transversal, fixé à la manière d'une entretoise par deux bonnes ligatures, termine l'appareil. Une prise de réduction sus-malléolaire ou pédieuse sur laquelle se fixe le fil réducteur, assure l'organisme de réduction-contention. Quelques tours de bandes « hamac fixateur » et circulaires achèvent l'immobilisation définitive du tout. Le membre et son appareillage seront placés sur un coussin ou un oreiller mou si possible.

Cet appareillage est bilatéral.

Appareil improvisé de jambe aux « 4 Fils » type Artois 1916.

L'appareil est constitué par deux fourches d'arbres réunies par trois bâtonnets transversaux placés à la façon d'entretoises : l'un au niveau du pli fessier, les deux autres au niveau du sommet de chaque branche de fourche. De bonnes ligatures assurent la solidité et la rigidité du tout.

On place alors la jambe dans le cadre constitué par

cet appareillage après avoir fixé la semelle plantaire de façon indissoluble à une planchette par quelques tours de bandes. Des 4 coins de cette planchette partent, en direction pyramidale, 4 fils réducteurs vers les 4 extrémités des deux fourches. Le genou est solidement fixé

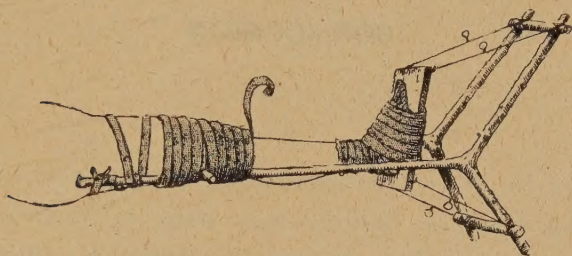


Fig. 9.

au cadre par des tours de bandes (et non par un bâtonnet, ainsi que le représente par erreur la figure ci-jointe) et le pied est laissé ballant dans le vide. La torsion, variable à loisir, de chacun des 4 fils réducteurs, permet à l'opérateur ou l'élongation simple, ou l'obtention de la quelconque position qu'il peut être à même de désirer. Quelques tours de bandes « Hamac fixateur » et circulaires achèvent l'immobilisation définitive. Cet appareillage bilatéral permet les pansements et constitue un véritable appareil de traitement.

CONCLUSION

Il résulte de ce bref aperçu que le traitement improvisé des fractures diaphysaires dans la Médecine de campagne, peut donc profiter largement de techniques plus modernes que celles adoptées jusqu'à ce jour.

Seule, la fracture du fémur nous semble justiciable d'un appareillage moins improvisé.

Si ces quelques lignes peuvent un jour être utiles à un confrère de campagne, nous serons heureux et peut-être un peu fier aussi, du service rendu.

Vu : le Président,
GOSSET

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

